



Dr. med.
Florian Brückner

Facharzt für Allgemeinmedizin
Chirotherapie · Naturheilverfahren · Sportmedizin
Notfallmedizin · Tauchmedizin

Bahnstrasse 6
89278 Nersingen
Tel.: 07308/921 488
Fax: 07308/918 282
praxis@praxis-drbrueckner.de
www.praxis-drbrueckner.de

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie erleichtern uns die Vorarbeit, wenn Sie uns mit diesem Aufnahmebogen vorab die wichtigsten Informationen geben. Sie können in Ruhe überlegen und wir werden dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten genau besprechen.

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ Ort _____

Telefon _____ Beruf _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Wie sind Sie auf meine Praxis gekommen?

Krankengeschichte vom (Datum)

Derzeitige Medikamente

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

1. Was sind Ihre jetzigen Beschwerden und seit wann haben Sie diese?

Hauptbeschwerde (seit wann?)

.....

.....

.....

.....

.....

Weitere Beschwerden:

.....

.....

.....
.....

Welche **Fachärzte** oder auch **Heilpraktiker** haben Sie bereits aufgesucht? (Bitte bringen Sie Befunde und Röntgenaufnahmen mit, soweit vorhanden)

.....
.....
....

Untersuchungen: wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht, welche Werte waren verändert?

EEG/EKG Röntgen Kernspin/CT
Labor Sonstige
Auffällige Werte
.....
.....

2. Kinderkrankheiten (Datum)

.....
..

Impfungen (Datum).....

3. Frühere Operationen (bitte mit Datum angeben)

Sind von diesen Operationen Narben oder Fremdkörper(z.B Metall, Kunststoff) zurück geblieben? Wenn ja, wo?

.....
.....
....

4. Bisherige Erkrankungen, chronische Erkrankungen und Beschwerden:

a) Brustbereich

Herz Lunge

b) Verdauungsorgane:

Leber	Galle	Bauchspeicheldrüse
Mundgeruch	Zungenbelag	Sodbrennen
Speiseröhre	Magen	Darm
Verdauung	Stuhlfrequenz	Konsistenz

c) Niere / Harnwege / Blase

.....

d) Unterleibserkrankungen:

Frauen:

Zykluslänge.....	Menstrationsdauer	Beschwerden.....
Menopause, seit wann?.....	Geburten	Fehlgeburten
Eierstöcke	Letzte Krebsvorsorge.....	Geschlechtskrankheiten

Männer:

Prostata

Hoden

Letzte Krebsvorsorge

Geschlechtskrankheiten

e) **Bewegungsapparat:** Muskeln, Gelenke, Knochenbrüche, Unfälle, Verletzungen

.....
.....
.....
.....

f) **Nervenerkrankungen, Kopfschmerzen**

.....
..

g) **Stoffwechselerkrankungen:**

Diabetes Fettstoffwechselstörungen.....
Schilddrüse Gicht

h) **Hauterkrankungen**

.....
..

i) **Allergien/ Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln (z. B. Milch, Weizen)**

.....
.....
....

j) **Schlaf** (einschlafen, durchschlafen, Schlaftiefe, Bettgezeit, Aufstehzeit, gefühlte Erholung)

.....

k) **Schweißneigung** **Nachtschweiß**

l) **Ernährung**, Wie oft pro Woche bzw. Tag essen Sie

Obst Gemüse Getreide Fleisch
Knabbergebäck Süßigkeiten
Trinkmenge/Tag

m) **Genussmittel**, wie oft / wie viel

Kaffee Schwarz-/Grüntee
Alkohol Zigaretten

5. **Welche chronischen Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?**

Großeltern

Eltern

Geschwister